E.S.E. Hospital Universitario ERASMO MEOZ	GESTION DE INFORMACION Y COMUNICACION	CODIGO: IC-FO-020
		VERSION: 2
	ACTA	FECHA: SEP 2017
		PAGINA1 de 20

LUGAR: OFICINA DE PLANEACION Y CALIDAD				
ACTIVIDAD: Comité Virtual de Gestión y Desempeño	**CAPACITACION**		**REUNION**	**x**
ACTA NO. : 018	**FECHA: 26/05/2022**	**HORA: 08 00 am**		

Asistentes:

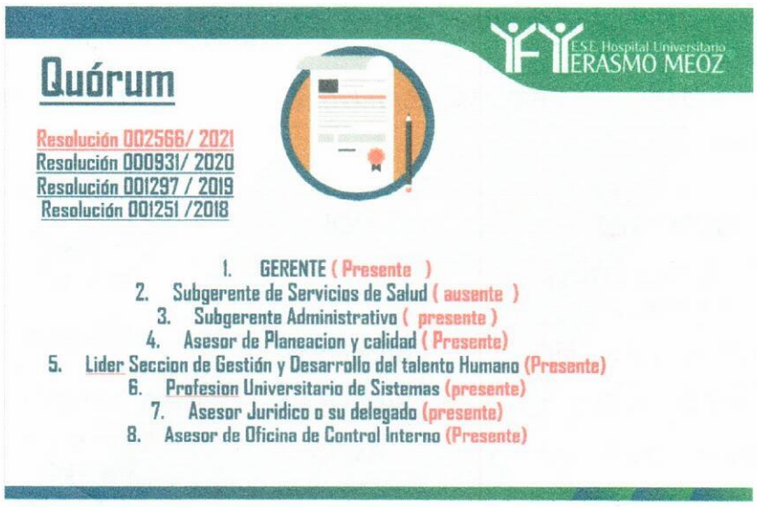
NOMBRES	ROL	AREA O SERVICIO	FIRMA
Miguel Tonino Botta Fernández	Gerente	Gerencia	
Ruth Xiomara Rodriguez	Subgerente	Subgerencia Administrativa	
Maribel Trujillo Botello	Subgerente	Subgerencia Salud	
Doris Angarita Acosta	Asesor	Planeación y Calidad	
Marco Antonio Navarro Palacios	Líder	Gestión y desarrollo del talento Humano	
Enmanuelli Caicedo Fuentes	Asesor Jurídico	Jurídica	
Martin Eduardo Herrera	Asesor	Control Interno de Gestión	
Gregorio Antonio Leal Castro	Profesional Universitario	Sistemas	
Jonathan A. Gelvez Ramos	Profesional de Apoyo SIG	Oficina de Planeación y calidad	
Luis Eduardo Velasco Marquez	Profesional Especializado	Oficina de Planeación y calidad	
Vanessa Contreras Fuentes	Profesional de Apoyo SIG	Oficina de Planeación y calidad	

Orden del Día:

1. Apropiación del direccionamiento estratégico
2. Seguimiento a compromisos
2.1. Informe de Gestión Jurídica
3. Resultados del FURAG
4. Aprobación de Documentos por parte de los miembros de comité MES DE MAYO
5. Proposición y varios

Resumen de los temas tratados y conclusiones:

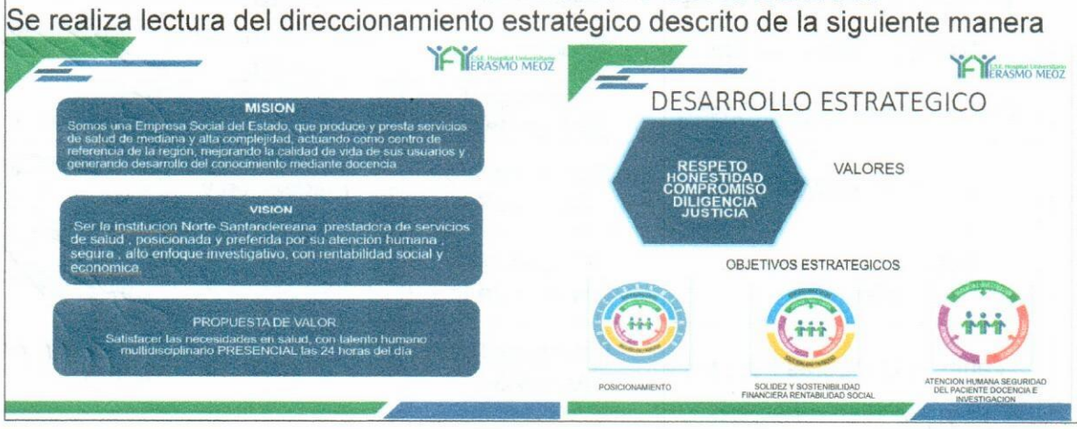
Como fase inicial de la sesión se realiza presentación de la verificación del quórum con una participación del 87% de los miembros del comité.



TEMAS:

1. **APROPIACIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO.**

Se realiza lectura del direccionamiento estratégico descrito de la siguiente manera



MODELO DE ATENCION DE LA INSTITUCION

eguridad: Que el paciente no sufra daño durante la atención.

ficiencia: Utilizar la cantidad adecuada de recursos.

espeto: Reconocimiento de la dignidad de todas las personas en cada una de nuestras acciones.

antener confianza: Hacer que nuestras acciones permitan a los demás creer en nosotros.

ntorno: Cuidar el medio ambiente en el actuar institucional.

alonar innovación: Generar nuevas ideas que permitan reflejar el liderazgo y beneficien la atención en salud.

rientado al logro: Conocer y aportar al éxito de los logros organizacionales.

econocer necesidades: Emprender acciones teniendo en cuenta la realidad de los otros.

2. VERIFICACION DE COMPROMISOS ANTERIORES

Se realiza verificación de los compromiso del acta anterior

DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	FECHA LIMITE
Consolidar informe de SST I trimestre 2022 con las agremiaciones Calidad Total y Global Tronik	Oficina de planeación y calidad	30 de mayo de 2022
Presentar informe de Gestión jurídica y Plan Estratégico de tecnologías de la información PETI	Jurídicos / Profesional universitario sistemas	30 de Mayo de 2022

En el primer compromiso se establece el cierre de la acción , toda vez que el Hospital realizó consolidación de las agremiaciones Calidad Total y Global Tronik demostrando un seguimiento a los planes de trabajo en materia de seguridad y salud en el trabajo de dichas entidades.

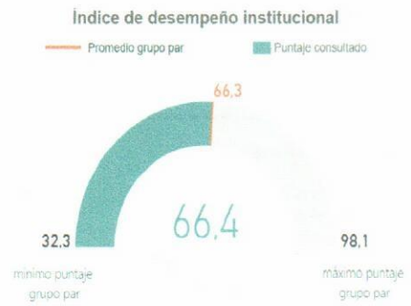
En el segundo compromiso se da espacio al Dr. Alex Andrés Cárdenas (abogado conciliaciones y MIPG) quien realiza presentación de los resultados obtenidos dentro del comité de conciliaciones siguiendo a su vez los lineamientos de la Política de Prevención de daño antijurídico (Ver anexo A)

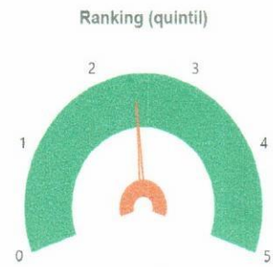
3. RESULTADOS DEL FURAG

Seguidamente se realiza presentación de los resultados del FURAG emitidos por la función pública ubicando a la entidad de posición número 04 en el norte de Santander referente a las empresas sociales del estado.

Los resultados fueron presentados por la Oficina asesora de planeación y calidad de la siguiente manera:

I. Resultados generales





Nota 1: El promedio de grupo par corresponde al promedio de puntajes de las entidades que hacen parte de dicho grupo (más información ver archivo *Descripción Grupos Pares*). Este valor solo se visualiza cuando se filtra o consulta una sola entidad.

Nota 1: La información de este gráfico solo es válida cuando se filtra o consulta una sola entidad. No aplica para otros filtros.

Nota 2: Las entidades con puntajes más altos están ubicadas en el quintil 5; las entidades con menores puntajes están ubicadas en el quintil 1.

Nota 3: Los quintiles son los cuatro valores (cuantiles 0.2, 0.4, 0.6 y 0.8) que

INDICE DE GESTION Y DESEMPEÑO

E.S.E. Hospital Universitario ERASMO MEOZ

2020

I. Resultados generales

Nota 1: El promedio de grupo par corresponde al promedio de puntajes de las entidades que hacen parte de dicho grupo (más información ver archivo *Descripción Grupos Pares*). Este valor sólo se visualiza cuando se filtra o consulta una sola entidad.

2021

I. Resultados generales

Nota 1: El promedio de grupo par corresponde al promedio de puntajes de las entidades que hacen parte de dicho grupo (más información ver archivo *Descripción Grupos Pares*). Este valor solo se visualiza cuando se filtra o consulta una sola entidad.

Incremento de 7,4 puntos
Aumento del 11,14%

1

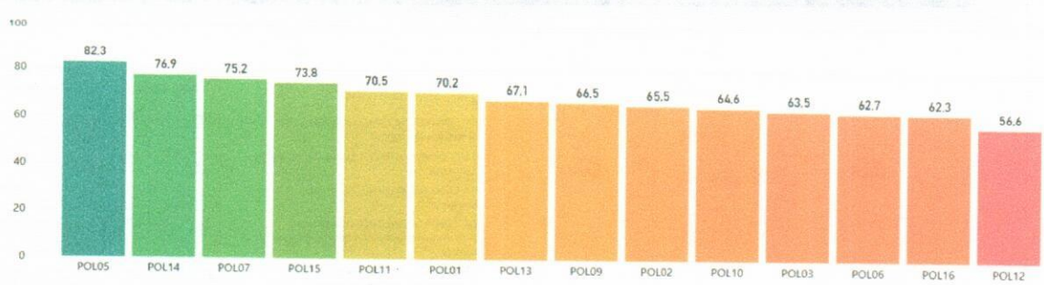
E.S.E. Hospital Universitario ERASMO MEOZ

II. Índices de las dimensiones de gestión y desempeño

Dimensión	Puntaje consultado	Valor máximo de referencia
D1: Talento Humano	67,6	98,2
D2: Direccionamiento y Planeación	63,5	98,2
D3: Gestión para Resultados	68,0	97,0
D4: Evaluación de Resultados	67,1	98,6
D5: Información y Comunicación	66,5	98,0
D6: Gestión del conocimiento	73,8	98,7
D7: Control Interno	62,3	98,3

Nota: Para el filtro o consulta de una sola entidad, el máximo corresponden al puntaje máximo obtenido por entidades del grupo par al que pertenece la entidad objeto de consulta. Para los demás filtros, estos valores corresponden al puntaje máximo del total de entidades del orden territorial.

E.S.E. Hospital Universitario ERASMO MEOZ



Nota: Los colores en este gráfico representan un ranking de las políticas según los puntajes obtenidos. No necesariamente determinan un alto o bajo desempeño.

POL01: Gestión Estratégica del Talento Humano
POL02: Integridad
POL03: Planeación Institucional
POL05: Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos
POL06: Gobierno Digital
POL07: Seguridad Digital
POL09: Transparencia, Acceso a la Informa lucha contra la Corrupción
POL10: Servicio al ciudadano
POL11: Racionalización de Trámites
POL12: Participación Ciudadana en la Ges Pública
POL13: Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional
POL14: Gestión Documental
POL15: Gestión del conocimiento
POL16: Control Interno

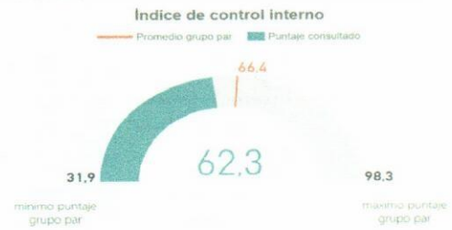
En este análisis se establece la necesidad de priorizar las Politicas de Participacion ciudadana en la Gestión Pública (POL12), Control Interno (POL 16) Gobierno Digital (POL06) Planeación Institucional (POL03), Servicio al ciudadano (POL10) Integridad (POL029 Quienes se encuentran por debajo del promedio institucional 66.4%

Continuando con la presentación se socializa los resultados por estas políticas priorizadas con las respectivas recomendaciones

E.S.E. Hospital Universitario ERASMO MEOZ

CONTROL INTERNO

I. Resultados generales

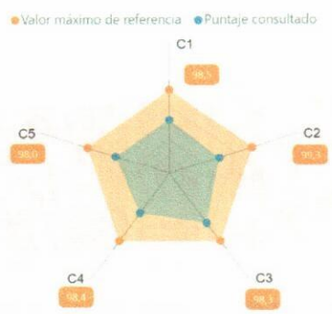


Nota 1: El promedio del grupo par sólo aparece para consultas por entidad.
Nota 2: Para las consultas por entidad el mínimo y máximo corresponden al puntaje mínimo y máximo del grupo par, para las demás consultas corresponden al puntaje mínimo y máximo general.

Nota 1: La información de este gráfico solo es válida cuando se filtra o consulta una sola entidad. No aplica para otros filtros.

E.S.E. Hospital Universitario ERASMO MEOZ

II. Índices de desempeño de los componentes MECI

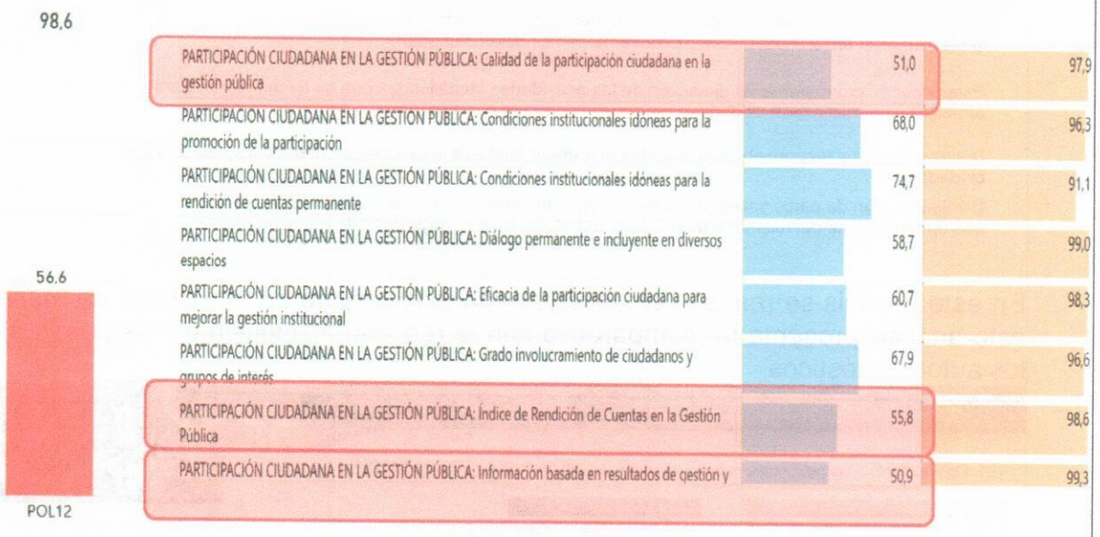


Dimensión	Puntaje consultado	Valor máximo de referencia
C1: CONTROL INTERNO: Ambiente propicio para el ejercicio del control	63,6	98,5
C2: CONTROL INTERNO: Evaluación estratégica del riesgo	59,9	99,3
C3: CONTROL INTERNO: Actividades de control efectivas	71,7	98,3
C4: CONTROL INTERNO: Información y comunicación relevante y oportuna para el control	57,5	98,4
C5: CONTROL INTERNO: Actividades de monitoreo sistemáticas y orientadas a la mejora	64,7	98,0

Nota1: Para las consultas por entidad el puntaje máximo corresponde al puntaje máximo del grupo par, para las demás consultas corresponde al puntaje máximo general.

Nota2: Para los Concejos y Personerías de municipios de categorías 5 y 6, las secciones II, III y IV no aplican.

POL12: Participación Ciudadana en la Gest Pública



2	Servicio al ciudadano	Incorporar actividades que promuevan la inclusión y la diversidad (personas con discapacidad, jóvenes entre los 18 y 28 años y género) en la planeación del talento humano de la entidad.
4	Servicio al ciudadano	Desarrollar jornadas de capacitación y/o divulgación a sus servidores y contratistas sobre la política de servicio al ciudadano.
5	Servicio al ciudadano	Implementar en el programa de inducción o reinducción al servicio público o en el plan institucional de capacitación, acciones dirigidas a capacitar a los servidores públicos de la entidad sobre el derecho a la participación ciudadana y los mecanismos existentes para facilitarla.
6	Servicio al ciudadano	Mejorar las actividades de formulación de la planeación mediante la participación de los grupos de valor en la gestión de la entidad.
10	Servicio al ciudadano	Realizar de forma periódica un análisis sobre si el talento humano asignado a cada uno de los canales de atención es suficiente para atender la demanda. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.

172. Señale el número de personas y/o servidores públicos asignados a la atención al ciudadano o usuario en los siguientes canales de la entidad

Presenciales

Electrónicos

E.S.E. Hospital Universitario ERASMO MEOZ

Acciones de Autodiagnóstico

Definir los canales y las metodologías que se emplearán para desarrollar las actividades de participación ciudadana identificadas en las fases del ciclo (participación en el diagnóstico, la formulación e implementación y evaluación de políticas, planes, programas o proyectos.)

Definir una estrategia para capacitar a los grupos de valor con el propósito de cualificar los procesos de participación ciudadana.

Definir los recursos, alianzas, convenios y presupuesto asociado a las actividades que se implementarán en la entidad para promover la participación ciudadana.

Establecer el cronograma de ejecución de las actividades identificadas que se desarrollarán para promover la participación ciudadana

Definir los roles y responsabilidades de las diferentes áreas de la entidad, en materia de participación ciudadana

Divulgar el plan de participación por distintos canales invitando a la ciudadanía o grupos de valor a que opinen acerca del mismo a través de la estrategia que se haya definido previamente .

En este análisis se realizó comparación con lo reportado en el FURAG de manera que este análisis presente un comparativo con la realidad institucional y se pueda alinear a los autodiagnósticos.

E.S.E. Hospital Universitario ERASMO MEOZ

181. Con respecto a las peticiones, quejas, reclamos, solicitudes y denuncias (PQRSD), la entidad:

Selección múltiple Código: SEC15

- (●) Cuenta con procesos o procedimientos documentados y actualizados para la gestión de las PQRSD recibidas
- (●) Cuenta en su página Web con un formulario accesible y usable para la recepción de PQRSD
- (●) La consulta y radicación de PQRSD está diseñada y habilitada para dispositivos móviles
- (●) Centraliza en un sistema de gestión todas las PQRSD que ingresan por los canales de atención presencial y digital
- (●) Garantiza la asignación de un único número de radicado para las PQRSD presentadas por los ciudadanos
- (●) El sistema de gestión de PQRSD permite al ciudadano hacer seguimiento, de manera accesible, al estado de sus PQRSD de forma fácil y oportuna
- ( ) Cuenta con otros mecanismos digitales (correo, chat, entre otros) que permitan al ciudadano hacer seguimiento al estado de sus PQRSD de forma fácil y oportuna
- ( ) Cuenta con mecanismos para facilitar al ciudadano el reporte de posibles conflictos de interés
- (●) Cuenta con un reglamento interno de recibo y respuesta de peticiones
- (●) Elabora informes
- (●) Utiliza los informes de PQRSD para evaluar y mejorar el servicio al ciudadano.
- ( ) Ninguna de las anteriores

16 Servicio al ciudadano Contar con aplicaciones móviles, de acuerdo con las capacidades de la entidad, como estrategia para interactuar de manera virtual con los ciudadanos.

17 Servicio al ciudadano Implementar otros mecanismos digitales (correo, chat, entre otros) en la entidad, que permitan al ciudadano hacer seguimiento al estado de sus peticiones, quejas, reclamos, solicitudes y denuncias (PQRSD) de forma fácil y oportuna.

E.S.E. Hospital Universitario ERASMO MEOZ

183. La entidad adelantó actividades de cualificación a su personal en atención preferencial e incluyente a:

Selección múltiple — Código: SEC20

- Personas con discapacidad visual
- Personas con discapacidad auditiva
- Personas con discapacidad múltiple (ej. Sordo ceguera)
- Personas con discapacidad física o con movilidad reducida

184. La entidad capacita a su personal en atención incluyente y diferencial a:

Selección múltiple — Código: SEC21

- Población indígena
- Comunidades negras, afrocolombianas, palenqueras y raizales
- Gitanos Room
- Grupos LGBTI
- Ninguno de los anteriores

19	Servicio al ciudadano	Implementar en la entidad programas de cualificación en atención preferente e incluyente a personas con discapacidad visual.
20	Servicio al ciudadano	Implementar en la entidad programas de cualificación en atención preferente e incluyente a personas con discapacidad auditiva.
21	Servicio al ciudadano	Implementar en la entidad programas de cualificación en atención preferente e incluyente a personas con discapacidad múltiple (ej. Sordo ceguera).
22	Servicio al ciudadano	Implementar en la entidad programas de cualificación en atención preferente e incluyente a personas con discapacidad física o con movilidad reducida.
23	Servicio al ciudadano	Implementar en la entidad programas de cualificación en atención preferente e incluyente a personas con discapacidad psicosocial.
24	Servicio al ciudadano	Implementar en la entidad programas de cualificación en atención preferente e incluyente a personas con discapacidad intelectual.
25	Servicio al ciudadano	Implementar en la entidad programas de cualificación en atención preferente e incluyente a menores de edad y niños.
26	Servicio al ciudadano	Implementar en la entidad programas de cualificación en atención preferente e incluyente a adultos mayores.
27	Servicio al ciudadano	Implementar en la entidad programas de cualificación en atención preferente e incluyente a personas desplazadas o en situación de extrema vulnerabilidad.
28	Servicio al ciudadano	Implementar señalización inclusiva (Ejemplo: alto relieve, braille, pictogramas, otras lenguas, entre otros) para garantizar las condiciones de acceso a la infraestructura física de la entidad.

Este énfasis planteado por la Oficina de Planeación y calidad se resalta la necesidad que tiene la institución en profundizar en lo relacionado con Lenguaje Claro a través de capacitaciones del DNP y estableciendo los canales de comunicación con el usuario y su familia a través de un lenguaje claro acorde con los lineamientos de la función pública.

E.S.E. Hospital Universitario ERASMO MEOZ

Lenguaje Claro

189. La línea de atención de la entidad, el PBX o conmutador de la entidad:

Selección múltiple — Código: SEC26

- (●) Tiene operadores capacitados en servicio y lenguaje claro
- ( ) Permite la atención a personas que hablen otras lenguas o idiomas diferentes del castellano
- ( ) Permite la atención a personas con discapacidad (Ejemplo: Uso de herramientas como Centro de Relevo, Sistema de Interpretación-SIEL u otros)
- ( ) Ninguna de las anteriores

194. ¿Cuántos servidores públicos han tomado el Curso virtual de Lenguaje Claro del DNP u otros cursos de capacitación relacionados con esta temática en la vigencia evaluada?

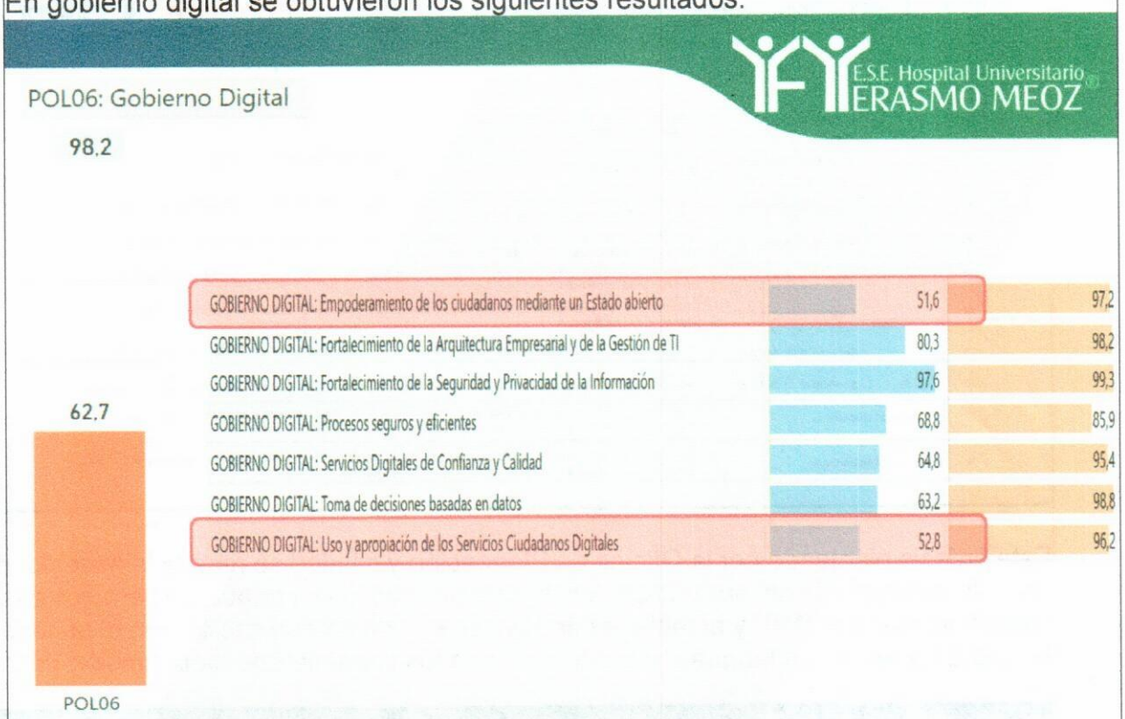
Selección múltiple numérica — Código: SEC33

- (●) Curso virtual de Lenguaje Claro del DNP: 0
- (●) Otro: 0

195. Los servidores públicos que se beneficiaron de las herramientas implementadas por la entidad

Seguidamente se analiza también la necesidad de trabajar en conjunto con la oficina de Sistema Informacion y de Atencion al usuario, un abordaje con enfoque diferencial de todos los procesos institucionales que permita dar cumplimiento y soporte a estos criterios. Este abordaje de plantea en acciones como videos institucionales con sistema de Texto para personas con discapacidad auditiva, Proyección de rendición de cuentas con personal de lenguaje de señas y una interacción de la publicidad, señalización y demás infografías con un enfoque diferencial para personas con discapacidad visual.

En gobierno digital se obtuvieron los siguientes resultados:



3	Gobierno Digital	Cumplir, en todas las secciones de la página web oficial de la entidad, con el criterio de accesibilidad: Permitir control de eventos temporizados. (regla CC19)
4	Gobierno Digital	Cumplir, en todas las secciones de la página web oficial de la entidad, con el criterio de accesibilidad: Permitir saltar bloques que se repiten. (regla CC10)
5	Gobierno Digital	Cumplir, en todas las secciones de la página web oficial de la entidad, con el criterio de accesibilidad: Manejo del error. (regla CC25)
6	Gobierno Digital	Cumplir, en todas las secciones de la página web oficial de la entidad, con el criterio de accesibilidad: Foco visible al navegar con tabulación. (regla CC17)
7	Gobierno Digital	Cumplir, en todas las secciones de la página web oficial de la entidad, con el criterio de accesibilidad: Objetos programados. (regla CC30)
8	Gobierno Digital	Cumplir, en todas las secciones de la página web oficial de la entidad, con el criterio de usabilidad "Ancho del cuerpo de texto" que establece que el cuerpo de texto no debe superar los 100 caracteres por línea.
9	Gobierno Digital	Cumplir, en todas las secciones de la página web oficial de la entidad, con el criterio de usabilidad de no permitir desplazamiento de izquierda a derecha para consultar contenidos.
10	Gobierno Digital	Cumplir, en todas las secciones de la página web oficial de la entidad, con el criterio de usabilidad "Vínculos visitados" que indica al usuario cuando ha visitado contenidos de la página.

11	Gobierno Digital	Cumplir, en todas las secciones de la página web oficial de la entidad, con el criterio de usabilidad de disponer ejemplos en los campos de los formularios del sitio web.
12	Gobierno Digital	Incluir el portafolio o mapa de ruta de los proyectos en el Plan Estratégico de Tecnologías de la Información (PETI).
13	Gobierno Digital	Utilizar acuerdos marco de precios para bienes y servicios de TI con el propósito de optimizar las compras de tecnologías de información de la entidad.
14	Gobierno Digital	Actualizar las vistas de información de la arquitectura de información para todas las fuentes.
15	Gobierno Digital	Incluir características en los sistemas de información de la entidad que permitan la apertura de sus datos de forma automática y segura.
16	Gobierno Digital	Incorporar dentro de los contratos de desarrollo de los sistemas de información de la entidad, cláusulas que obliguen a realizar transferencia de derechos de autor a su favor.
17	Gobierno Digital	Definir e implementar una metodología de referencia para el desarrollo de software y sistemas de información.
18	Gobierno Digital	Adoptar en su totalidad el protocolo IPV6 en la entidad.
19	Gobierno Digital	Elaborar informes de activación de políticas de seguridad para la implementación del Protocolo de Internet versión 6 (IPV6) en la entidad.
20	Gobierno Digital	Elaborar un documento de pruebas de funcionalidad para la implementación del Protocolo de Internet versión 6 (IPV6) en la entidad.
27	Gobierno Digital	Publicar, en la sección "transparencia y acceso a la información pública" de su sitio web o sede electrónica información actualizada sobre las políticas de seguridad de la información del sitio web y protección de datos personales.
28	Gobierno Digital	Publicar, en la sección "transparencia y acceso a la información pública" de su sitio web o sede electrónica información actualizada sobre la información sobre los grupos étnicos en el territorio.
30	Gobierno Digital	Publicar, en la sección "transparencia y acceso a la información pública" de su sitio web o sede electrónica información actualizada sobre el calendario de actividades.

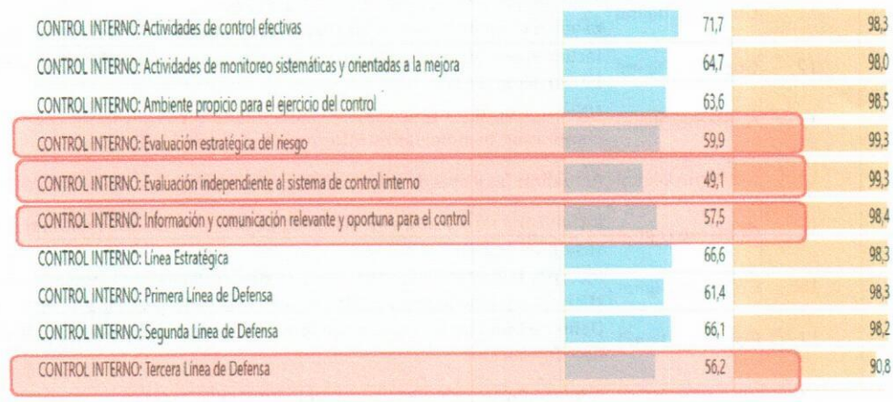
POL16: Control Interno

E.S.E. Hospital Universitario ERASMO MEOZ

98,3

62,3

POL16

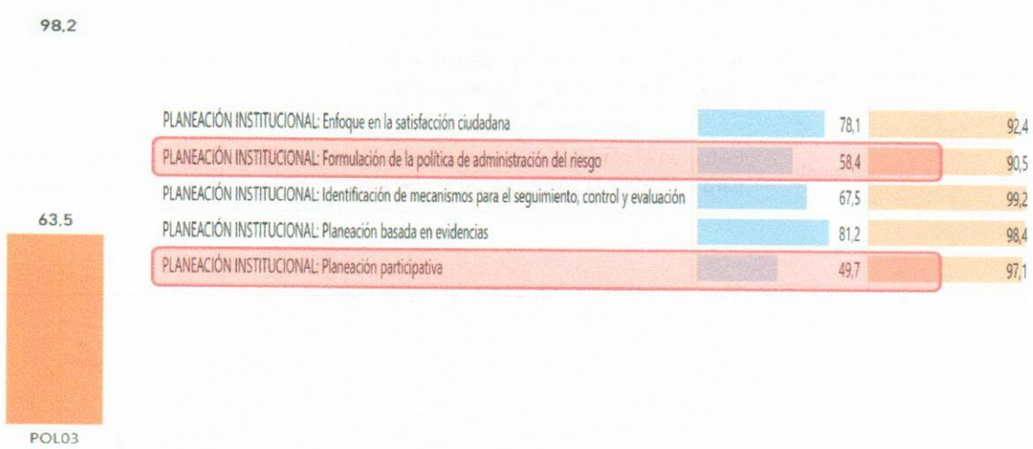


1	Control Interno	Definir lineamientos en materia de planeación estratégica, por parte de la alta dirección y el comité institucional de coordinación de control interno (de manera articulada o cada uno en cumplimiento de sus competencias).
2	Control Interno	Definir lineamientos en materia de productos y servicios de la entidad, por parte de la alta dirección y el comité institucional de coordinación de control interno (de manera articulada o cada uno en cumplimiento de sus competencias).
3	Control Interno	Definir lineamientos en relación a la generación de alertas y recomendaciones al comité institucional de gestión y desempeño para la mejora de la gestión, por parte de la alta dirección y el comité institucional de coordinación de control interno (de manera articulada o cada uno en cumplimiento de sus competencias).
4	Control Interno	Establecer lineamientos para el funcionamiento del sistema de control interno (SCI), por parte del comité institucional de coordinación de control interno.
5	Control Interno	Establecer una metodología que permita documentar y formalizar el esquema de las líneas de defensa, por parte del comité institucional de coordinación de control interno.
6	Control Interno	Generar alertas al comité institucional de gestión y desempeño para la mejora de la gestión, teniendo en cuenta los resultados de la evaluación del sistema de control interno, por parte del comité institucional de coordinación de control interno.
7	Control Interno	Monitorear el cumplimiento de los estándares de conducta y la práctica de los principios y valores del servicio público, por parte del comité institucional de coordinación de control interno.

1

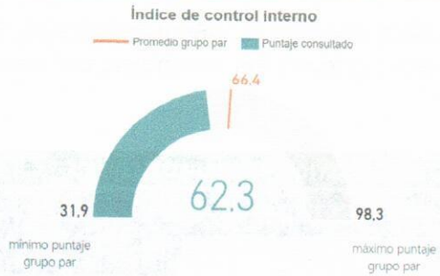
15	Control Interno	Establecer controles para evitar la materialización de riesgos fiscales.
16	Control Interno	Establecer controles para evitar la materialización de riesgos contables.
17	Control Interno	Verificar que los responsables estén ejecutando los controles de la misma manera en que han sido diseñados, por parte de los cargos que lideran de manera transversal temas estratégicos de gestión (tales como jefes de planeación, financieros, contratación, TI, servicio al ciudadano, líderes de otros sistemas de gestión, comités de riesgos).
18	Control Interno	Contemplar la confiabilidad de la información financiera y no financiera, dentro de la evaluación a la gestión del riesgo que hacen los jefes de planeación, líderes de otros sistemas de gestión o comités de riesgos.
19	Control Interno	Efectuar seguimiento al cumplimiento de las acciones de mejora en el tiempo programado, por parte de los responsables de los temas transversales de la entidad.
4	Integridad	Evaluar información proveniente de quejas y denuncias de los usuarios para la identificación de riesgos de fraude y corrupción.
5	Integridad	Evaluar información proveniente de quejas y denuncias de los servidores de la entidad para la identificación de riesgos de fraude y corrupción.

POL03: Planeación Institucional



Planeación Institucional	Fomentar la promoción de los espacios para capacitar a los líderes de los procesos y sus equipos de trabajo sobre la metodología de gestión del riesgo con el fin de que sea implementada adecuadamente entre los líderes de proceso y sus equipos de trabajo, por parte del comité institucional de coordinación de control interno.
Planeación Institucional	Definir responsables para el seguimiento y monitoreo de los riesgos, por parte de los líderes de los programas, proyectos, o procesos y sus equipos de trabajo. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
Planeación Institucional	Diseñar indicadores para medir las características y preferencias de los ciudadanos en el marco de la política de servicio al ciudadano de la entidad. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
Planeación Institucional	Diseñar los indicadores para medir el uso de canales en la medición y seguimiento del desempeño en el marco de la política de servicio al ciudadano de la entidad. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
Planeación Institucional	Implementar de manera fácil (relación costo - beneficio) los indicadores para hacer seguimiento y evaluación de la gestión de la entidad. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
Planeación Institucional	Establecer etapas de planeación para promover la participación ciudadana utilizando medios digitales.
Planeación Institucional	Determinar qué políticas, programas y proyectos pueden ser concertados vía digital y promover la activa participación ciudadana.
Planeación Institucional	Mejorar las actividades de formulación de la planeación mediante la participación de los grupos de valor en la gestión de la entidad.
Planeación Institucional	Mejorar las actividades de formulación de políticas, programas y proyectos mediante la participación de los grupos de valor en la gestión de la entidad.
Planeación Institucional	Tener en cuenta en el plan de acción anual los proyectos de cada vigencia según lo especificado en el plan indicativo cuatrienal.
Planeación Institucional	Incluir en el plan de acción anual institucional partida presupuestal de gasto e inversión para promover la participación ciudadana.

I. Resultados generales



Nota 1: El promedio del grupo par sólo aparece para consultas por entidad.
Nota 2: Para las consultas por entidad el mínimo y máximo corresponden al puntaje mínimo y máximo del grupo par, para las demás consultas corresponden al puntaje mínimo y máximo general.

Nota 1: La información de este gráfico solo es válida cuando se filtra o consulta una sola entidad. No aplica para otros filtros.

Como mecanismo de priorización y como eje del modelo integrado de planeación y gestión se realiza presentación también a la Oficina de talento humano de las recomendaciones establecidas de la siguiente manera:

Gestión Estratégica del Talento Humano

#	RECOMENDACIÓN
9	Implementar el eje de equilibrio psicosocial en el Plan de Bienestar Social e Incentivos de la entidad.
10	Implementar el eje de salud mental en el Plan de Bienestar Social e Incentivos de la entidad.
11	Implementar el eje de convivencia social en el Plan de Bienestar Social e Incentivos de la entidad.
12	Implementar el eje de alianzas interinstitucionales en el Plan de Bienestar Social e Incentivos de la entidad.

Integridad

#	RECOMENDACIÓN
1	Fomentar desde la Alta Dirección espacios de participación para todo el personal, para armonizar los valores del servicio público con los códigos de ética institucional, implementar jornadas de difusión y herramientas pedagógicas para desarrollar el hábito de actuar de forma coherente con ellos. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
2	Evaluar en el marco del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, el cumplimiento de los valores y principios del servicio público. Algunos aspectos a evaluar son: Conocimiento por parte de los servidores del código de integridad. Cumplimiento del código en su integralidad. Análisis de

Culminado este análisis, la oficina de planeación invita a todos los integrantes del comité a continuar los esfuerzos centrados en los autodiagnósticos que actualmente la institución ejecuta.

3. APROBACIÓN DE DOCUMENTOS

Se realiza presentación de los documentos con sus respectivos ajustes, modificaciones y/o observaciones para su aprobación por parte de los miembros del comité de Gestión y desempeño.

PROCESO:	APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO			
NOMBRE DEL DOCUMENTO	ESTADO			OBSERVACIONES
	Nuevo	Modif	Elim	
FORMATO DE NO CONFORMIDADES LAB CLINICO	X			Se crea por necesidad del servicio producto de control
PROTOCOLO DE HEMOCULTIVOS LABORATORIO CLINICO		X		Se actualiza por Mejoramiento continuo Acorde a las necesidades de la Res 3100/2019

Banco de sangre

PROCESO:	APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO			
NOMBRE DEL DOCUMENTO	ESTADO			OBSERVACIONES
	Nuevo	Modif	Elim	
DT-FO- REGISTRO DE ACTIVIDADES DE ASEO UNIDAD MOVIL DE CAPTACIÓN DE SANGRE	X			Se actualiza por Mejoramiento continuo Acorde a las necesidades de la Res 3100/2019
DT-FO-119 CONTROL DE CALIDAD DIARIO DE MICROPLACAS		X		
DT-FO-123 CONTROL DE CALIDAD DE TARJETAS DE INMUNOHEMATOLOGIA (1)		X		
DT-FO-126 CONTROL DE CALIDAD DIARIO DE CÉLULAS , SUERO O PLASMA BANCO DE SANGRE		X		
DT-PL-001 PLAN DE CONTINGENCIA DE CADENA DE FRIO BANCO DE SANGRE Y SERVICIO GESTION PRE TRANSFUSIONAL		X		
DT-POE-046 PROCEDIMIENTO OPERATIVO ESTANDAR PREPARACIÓN DE MUESTRAS INMUNOSEROLOGÍA		X		
DT-POE-047 PROCEDIMIENTO OPERATIVO ESTANDAR PROCESAMIENTO EN EQUIPO ARCHITECT i2000		X		

E.S.E. Hospital Universitario ERASMO MEOZ

PROCESO: APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO

NOMBRE DEL DOCUMENTO	ESTADO			OBSERVACIONES
	Nuevo	Modif	Elim	
DT-POE-048 PROCEDIMIENTO OPERATIVO ESTANDAR CONTROL DE CALIDAD INDEPENDIENTE		X		Se actualiza por Mejoramiento continuo Acorde a las necesidades de la Res 3100/2019
DT-POE-049 PROCEDIMIENTO OPERATIVO ESTANDAR ALMACENAMIENTO DE MUESTRAS EN SEROTECA		X		
DT-POE-050 PROCEDIMIENTO OPERATIVO ESTANDAR CUARENTENA, DESCARTE Y ETIQUETADO DE HEMOCOMPONENTES		X		
DT-POE-051 PROCEDIMIENTO OPERATIVO ESTANDAR ALMACENAMIENTO Y DISTRIBUCION DE COMPONENTES CERTIFICADOS		X		
DT-POE-052 PROCEDIMIENTO OPERATIVO ESTANDAR CONTROL DE CALIDAD EQUIPOS AREA INMUNOSEROLOGIA		X		
DT-POE-053 PROCEDIMIENTO OPERATIVO ESTANDAR CONTROL DE CALIDAD EXTERNO AREA INMUNOSEROLOGIA		X		

E.S.E. Hospital Universitario ERASMO MEOZ

PROCESO: APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO

NOMBRE DEL DOCUMENTO	ESTADO			OBSERVACIONES
	Nuevo	Modif	Elim	
DT-POE-054 PROCEDIMIENTO OPERATIVO ESTANDAR DESCARTE HEMOCOMPONENTES AREA INMUNOHEMATOLOGIA		X		Se actualiza por Mejoramiento continuo Acorde a las necesidades de la Res 3100/2019
DT-POE-055 PROCEDIMIENTO OPERATIVO ESTANDAR ENVIO DE MUESTRAS AL LSPD		X		
DT-POE-068 PROCEDIMIENTO OPERATIVO ESTANDAR TRANSMISIÓN E INGRESO DE RESULTADOS DE INMUNOSEROLOGIA		X		
DT-POE-079 PROCEDIMIENTO OPERATIVO ESTANDAR CONTROL DE CALIDAD DE TEMPERATURAS		X		

Banco de leche

E.S.E. Hospital Universitario ERASMO MEOZ

PROCESO: APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO

NOMBRE DEL DOCUMENTO	ESTADO			OBSERVACIONES
	Nuevo	Modif	Elim	
INSTRUCTIVO RUTA DE ALIMENTACION DEL LACTANTE Y EL NIÑO PEQUEÑO	X			Por necesidad del servicio.

MADRE CANGURO

E.S.E. Hospital Universitario ERASMO MEOZ

PROCESO: ATENCION DE CONSULTA EXTERNA

NOMBRE DEL DOCUMENTO	ESTADO			OBSERVACIONES
	Nuevo	Modif	Elim	
CS-PR-002 PROCEDIMIENTO DE ASIGNACION DE CITAS VS 02		X		Se actualiza por Mejoramiento continuo Acorde a las necesidades de la Res 3100/2019
PROTOCOLO audiometría 2022		X		Se actualiza por Mejoramiento continuo Acorde a las necesidades de la Res 3100/2019
protocolo comunicación 24 hs		X		Se actualiza por Mejoramiento continuo Acorde a las necesidades de la Res 3100/2019
PROTOCOLO ECOCARDIOGRAMA M2D DOP'PLER COLOR EN NIÑOS		X		Se actualiza por Mejoramiento continuo Acorde a las necesidades de la Res 3100/2019
PROTOCOLO vacunas		X		Se actualiza por Mejoramiento continuo Acorde a las necesidades de la Res 3100/2019

PROCESO: ATENCION DE URGENCIAS

NOMBRE DEL DOCUMENTO	ESTADO			OBSERVACIONES
	Nuevo	Modif	Elim	
DT-FO-351 FORMATO LISTA DE CHEQUEO PARA TRASLADO ASISTENCIAL VS 02		X		Se cambia de código debido a que el formato pertenecía al proceso de apoyo diagnostico y terapéutico

PROCESO: ATENCION QUIRURGICA

NOMBRE DEL DOCUMENTO	ESTADO			OBSERVACIONES
	Nuevo	Modif	Elim	
AQ-PT-013 PROTOCOLO DE ARTODESIS DE COLUMNA		X		Se actualiza por mejoramiento continuo acorde a necesidad e actualización Res 3100/2019
AQ-PT-020 PROTOCOLO DE NEURALGIA DEL TRIGEMINO		X		Se actualiza por mejoramiento continuo acorde a necesidad e actualización Res 3100/2019
AQ-PT-032 PROTOCOLO DE IMPLANTACION DE CATETER		X		Se actualiza por mejoramiento continuo acorde a necesidad e actualización Res 3100/2019
AQ-PT-038 PROTOCOLO DE CRANEOPLASTIA		X		Se actualiza por mejoramiento continuo acorde a necesidad e actualización Res 3100/2019
AQ-PT-041 PROTOCOLO DE ESQUIRLECTOMIA		X		Se actualiza por mejoramiento continuo acorde a necesidad e actualización Res 3100/2019
AQ-PT-046 PROTOCOLO DE LAMINECTOMIA		X		Se actualiza por mejoramiento continuo acorde a necesidad e actualización Res 3100/2019
AQ-PT-049 PROTOCOLO DE MAMOPLASTIA 12-0522 (ENFOQUE)		X		Se actualiza por mejoramiento continuo acorde a necesidad e actualización Res 3100/2019
AQ-PT-050 PROTOCOLO DE MICRODISCOIDECTOMIA		X		Se actualiza por mejoramiento continuo acorde a necesidad e actualización Res 3100/2019
AQ-PT-058 PROTOCOLO FASCIOTOMIA DE MANO		X		Se actualiza por mejoramiento continuo acorde a necesidad e actualización Res 3100/2019
AQ-PT-067 PROTOCOLO PARA REALIZACION DE VITRECTOMIA MODIFICADO		X		Se actualiza por mejoramiento continuo acorde a necesidad e actualización Res 3100/2019

PROCESO:	MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD			
NOMBRE DEL DOCUMENTO	ESTADO			OBSERVACIONES
	Nuevo	Modif	Elim	
Checklist de actuaciones recomendadas para proporcionar apoyo a la segunda victima	X			Mecanismo de control de seguridad del paciente
guía de recomendaciones para ofrecer una adecuada respuesta al paciente tras la ocurrencia de un evento adverso y atender a las segundas víctimas	X			Se crea por necesidad del programa de seguridad del paciente

PROCESO:	AMBIENTE Y RECURSO FISICO			
NOMBRE DEL DOCUMENTO	ESTADO			OBSERVACIONES
	Nuevo	Modif	Elim	
RF-FO-031 FORMATO DE INSPECCIÓN ESTADO DE INFRAESTRUCTURA Y O BIENES MUEBLES		X		Actualización por mejoramiento continuo
RF-GI-001 GUIA DE INVENTARIO DE ALMACEN, MEDICAMENTOS YO DISPOSITIVOS MÉDICOS		X		Actualización por mejoramiento continuo
RF-MA-001 MANUAL DE BAJA DE BIENES MUEBLES E INVENTARIOS PARA LA ESE HUEM		X		Actualización por mejoramiento continuo
RF-PR-001 PROCEDIMIENTO DE CONFECCION Y LAVADO DE ROPA HOSPITALARIA VS 3		X		Actualización por mejoramiento continuo
RF-PR-004 PROCEDIMIENTO DE INGRESO A ALMACEN VS 03		X		
RF-PR-005 PROCEDIMIENTO DE EGRESO DE ALMACEN		X		
RF-PR-006 PROCEDIMIENTO DE INVENTARIOS ELEMENTOS DE ALMACEN, MEDICAMENTOS YO DISPOSITIVOS MÉDICOS		X		

PROCESO:	AMBIENTE Y RECURSO FISICO			
NOMBRE DEL DOCUMENTO	ESTADO			OBSERVACIONES
	Nuevo	Modif	Elim	
RF-PR-008 PROCEDIMIENTO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE INFRAESTRUCTURA				Actualización por mejoramiento continuo
RF-PR-009 PROCEDIMIENTO DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE INFRAESTRUCTURA				Actualización por mejoramiento continuo
RF-PT-001 PROTOCOLO MANEJO DE ROPA HOSPITALARIA				Actualización por mejoramiento continuo

PROCESO:

NOMBRE DEL DOCUMENTO	ESTADO			OBSERVACIONES
	Nuevo	Modif	Elim	
ENTREVISTA ASPIRANTES DE LA BRIGADA	X			Se crea necesidad del servicio
SEGUIMIENTO PSICOLOGICO		X		Se ajusta por necesidad de auditoria
TH-FO-017 EVALUACION DE LA INDUCCION		X		Se ajusta por mejoramiento continuo

PROCESO:

NOMBRE DEL DOCUMENTO	ESTADO			OBSERVACIONES
	Nuevo	Modif	Elim	
PROCEDIMIENTO DE SEDOANALGESIA EN EL SERVICIO DE RADIOTERAPIA		X		Se actualiza por mejoramiento continuo acorde a necesidad e actualización Res 3100/2019
PROGRAMA DE REHABILITACION ONCO PED (1)		x		Se actualiza por mejoramiento continuo acorde a necesidad e actualización Res 3100/2019

Se realiza presentación del plan de contingencia de quirófano

Como continuación a la presentación de Gestión jurídica que se planteó al inicio de la reunión, se dio paso a la Dra. Oneyda Botello quien por encontrarse en audiencia a las 07:30 am en representación de la ESE HUEM no había podido intervenir en este comité. En la presentación se mostró análisis de las reparaciones directas, % de acciones de tutela por nacionalidad, procesos judiciales 2022, relación de tutelas en primera y segunda instancia, comparativos con la vigencia anterior, análisis por EPS, fallos, comité médico y comité de conciliación (VER ANEXO B)

Siendo las 10:00 am de la mañana se da por finaliza

Compromisos

DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	FECHA LIMITE
Ejecutar los autodiagnósticos del Modelo Integrado de Planeación y gestión	Oficina de planeación y calidad	31 de Julio 2022

Revisó: Doris Angarita Acosta – Asesor de Planeación

COMITÉ DE CONCILIACIÓN Y DEFENSA JURÍDICA DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ.

RESOLUCIONES.

- Resolución N° 00605 del 22 de Abril de 2019."*Por medio de la cual se subroga la Resolución No 0240 de 2016 del Comité de Conciliaciones y Defensa Jurídica de la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz".*
- Resolución N° 1279 del 28 de Agosto de 2019." *Por medio de la cual se adopta el reglamento interno del Comité de Conciliaciones y Defensa Jurídica de la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz".*
- Resolución No 002131 del 29 de Octubre de 2021. **"***Por medio del cual se adopta la Política de Prevención del Daño Antijurídico de la E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz".*

OBJETIVO

- El Comité de Conciliación de la ESE HUEM es una instancia administrativa que actúa como sede de estudio, análisis y formulación de políticas sobre prevención del daño antijurídico y defensa de los intereses de la entidad.
- Igualmente decidirá, en cada caso específico, sobre la procedencia de la conciliación o cualquier otro medio alternativo de solución de conflictos, con sujeción estricta a las normas jurídicas sustantivas, procedimentales y de control vigentes, evitando lesionar el patrimonio público.

FUNCIONES

1. Formular y ejecutar políticas de prevención del daño antijurídico.
2. Diseñar las políticas generales que orientarán la defensa de los intereses de la entidad.
3. Estudiar y evaluar los procesos que cursen o hayan cursado en contra del ente, para determinar las causas generadoras de los conflictos; el índice de condenas; los tipos de daño por los cuales resulta demandado o condenado; y las deficiencias en las actuaciones administrativas en las entidades, así como las deficiencias procesales por parte de los apoderados, con el objeto de proponer correctivos.
4. Fijar directrices institucionales para la aplicación de los mecanismos de arreglo directo, tales como la transacción y la conciliación, sin perjuicio de su estudio y decisión en cada caso concreto.

E.S.E. Hospital Universitario ERASMO MEOZ

CONFORMACIÓN DE LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ DE CONCILIACIÓN.

- El Comité estará conformado por los siguientes quienes concurrirán con voz y voto y serán miembros permanentes:

- El Gerente o su Delegado.
- El Subgerente Administrativo o quien haga sus veces.
- El Subgerente de Servicios de Salud o quien haga sus veces.
- El Líder de Recursos Financieros o quien haga sus veces.
- El Líder de Talento Humano o quien haga sus Cuando se trate de asuntos relacionados con la solución de conflictos médico-asistenciales.

E.S.E. Hospital Universitario ERASMO MEOZ

NOMBRE	CARGO
MIGUEL TONINO BOTTA FERNANDEZ.	Gerente-Presidente del Comité de Conciliación.
MARIBEL TRUJILLO BOTELLO.	Subgerencia de Servicios de Salud.
RUTH XIOMARA RODRIGUEZ CRISTANCHO.	Subgerente Administrativo.
JHON ALEXANDER PEREZ JAIMES.	Líder de Programa Recursos Financieros.
MARCO ANTONIO NAVARRO PALACIOS.	Líder de Programa Gestión y Desarrollo del Talento Humano y Secretario Técnico del Comité.

E.S.E. Hospital Universitario ERASMO MEOZ

INFORME A CORTE VIGENCIA 2021.

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE REUNIONES O COMITÉS REALIZADOS.
NÚMERO: 33 ACTAS DE COMITÉS.

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE TRABAJO.
NÚMERO DE ACCIONES DEFINIDAS TOTAL: 33 ACTAS DE COMITÉ.

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE TAREAS.
El Comité de Conciliación es un comité atípico que se realiza o sesiona cada vez que se hace necesario el estudio de un determinado caso, por lo que las tareas y/o compromisos que en el se asignan tienen que ver con el cumplimiento de la directriz dada por el Comité sobre **CONCILIAR O NO**, para lo cual siempre se expide una certificación por parte del secretario técnico.

E.S.E. Hospital Universitario ERASMO MEOZ

OFICINA	No. DE ACTA	PONENTE	TIPO DE FICHA	DECISIÓN
Jurídica Administrativa	1	ANDREA YINED NIÑO CONTRERAS	Extrajudicial	NO CONCILIAR
Jurídica Administrativa	2 (Caso 1)	JEAN PIERRE ANDRES BORJA CARRILLO	Repetición y Judicial	NO INICIAR ACCIÓN DE REPETICION
Jurídica Administrativa	2 (Caso 2)	JEAN PIERRE ANDRES BORJA CARRILLO	Repetición y Judicial	NO INICIAR ACCIÓN DE REPETICIÓN
Cartera	3 (Caso 1)	MICHELLE SUAREZ ROJAS	Cartera	CONCILIAR
Cartera	3 (Caso 2)	MICHELLE SUAREZ ROJAS	Cartera	CONCILIAR
Cartera	4 (Caso 1)	MICHELLE SUAREZ ROJAS	Cartera	CONCILIAR
Cartera	4 (Caso 2)	MICHELLE SUAREZ ROJAS	Cartera	No conciliar
Jurídica Administrativa	5 (Caso 1)	ANDREA YINED NIÑO CONTRERAS	Extrajudicial	No conciliar
Jurídica Administrativa	5 (Caso 2)	ANDREA YINED NIÑO CONTRERAS	Extrajudicial	No conciliar
Jurídica Administrativa	5 (Caso 3)	ANDREA YINED NIÑO CONTRERAS	Extrajudicial	No conciliar
Jurídica Administrativa	5 (Caso 4)	ANDREA YINED NIÑO CONTRERAS	Extrajudicial	CONCILIAR
Jurídica Administrativa	6 (Caso 1)	ANDREA YINED NIÑO CONTRERAS	Judicial	NO CONCILIAR
Jurídica Administrativa	6 (Caso 2)	JEAN PIERRE ANDRES BORJA CARRILLO	Judicial	NO CONCILIAR
Jurídica Administrativa	6 (Caso 3)	ANDREA YINED NIÑO CONTRERAS	Judicial	NO CONCILIAR
Jurídica Administrativa	6 (Caso 4)	JEAN PIERRE ANDRES BORJA CARRILLO	Judicial	NO CONCILIAR
Jurídica Administrativa	7	ANDREA YINED NIÑO CONTRERAS	Judicial	NO CONCILIAR
Cartera	8 (Caso 1)	RICHARD ALBERTO DÍAZ RODRÍGUEZ	extrajudicial	CONCILIAR
Cartera	8 (Caso 2)	MICHELLE SUAREZ ROJAS	extrajudicial	NO CONCILIAR
Jurídica Administrativa	9 (Caso 1)	ANDREA YINED NIÑO CONTRERAS	Judicial	NO CONCILIAR
Jurídica Administrativa	9 (Caso 2)	JEAN PIERRE ANDRES BORJA CARRILLO	Judicial	NO CONCILIAR
Jurídica Administrativa	10	ONEYDA BOTELLO GOMEZ	Judicial	NO CONCILIAR
Cartera	11	MICHELLE SUAREZ ROJAS	extrajudicial	CONCILIAR
Cartera	12	RICHARD ALBERTO DIAZ	extrajudicial	INICIAR PROCESO EJECUTIVO

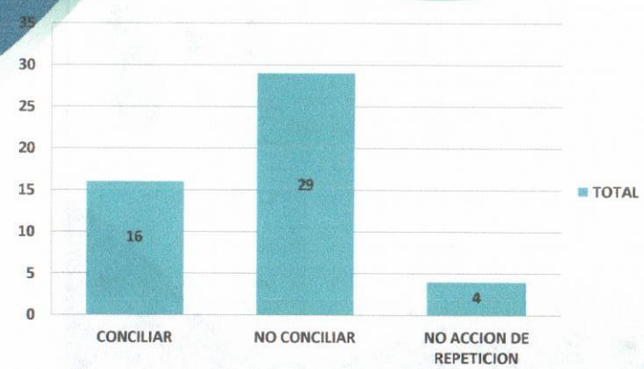
E.S.E. Hospital Universitario ERASMO MEOZ

OFICINA	No. DE ACTA	PONENTE	TIPO DE FICHA	DECISIÓN
Jurídica Administrativa	13 (Caso 1)	ONEYDA BOTELLO GOMEZ	extrajudicial	NO CONCILIAR
Jurídica Administrativa	13 (Caso 2)	RICHARD CARDENAS CONTRERAS	extrajudicial	NO CONCILIAR
Cartera	14	MICHELLE SUAREZ ROJAS	extrajudicial	CONCILIAR
Jurídica Administrativa	16 (Caso 1)	MARIA FERNANDA GOMEZ SILVA	extrajudicial	NO CONCILIAR
Jurídica Administrativa	16 (Caso2)	RICHARD CARDENAS CONTRERAS	extrajudicial	NO CONCILIAR
Jurídica Administrativa	17	ONEYDA BOTELLO GOMEZ	extrajudicial	NO CONCILIAR
Cartera	18 (Caso 1)	MICHELLE SUAREZ ROJAS	extrajudicial	DECIDEN APROBAR.
Cartera	18 (Caso 2)	MICHELLE SUAREZ ROJAS	extrajudicial	DECIDEN APROBAR.
Jurídica Administrativa	19	ONEYDA BOTELLO GOMEZ	Judicial	NO CONCILIAR
Jurídica Administrativa	20 (Caso 1)	MARIA FERNANDA GOMEZ SILVA	Repetición y Judicial	NO INICIAR ACCIÓN DE REPETICIÓN
Jurídica Administrativa	20 (Caso 2)	MARIA FERNANDA GOMEZ SILVA	Repetición y Judicial	NO INICIAR ACCIÓN DE REPETICIÓN
GABYS	21 (Caso 1)	JORGE DAVILA LUNA	extrajudicial	CONCILIAR
GABYS	21 (Caso 2)	JORGE DAVILA LUNA	extrajudicial	CONCILIAR
Jurídica Administrativa	22	MARIA FERNANDA GOMEZ SILVA	extrajudicial	NO CONCILIAR
Jurídica Administrativa	23	RICHARD CARDENAS CONTRERAS	Judicial	NO CONCILIAR
Cartera	24 (Caso 1)	MICHELLE SUAREZ ROJAS	extrajudicial	NO CONCILIAR
Cartera	24 (Caso 2)	MICHELLE SUAREZ ROJAS	extrajudicial	CONCILIAR
Jurídica Administrativa	26 (Caso 19	RICHARD CARDENAS CONTRERAS	extrajudicial	NO CONCILIAR
Jurídica Administrativa	26 (Caso 19	RICHARD CARDENAS CONTRERAS	extrajudicial	NO CONCILIAR

E.S.E. Hospital Universitario ERASMO MEOZ

OFICINA	No. DE ACTA	PONENTE	TIPO DE FICHA	DECISIÓN
Jurídica Administrativa	27	ONEYDA BOTELLO GOMEZ	extrajudicial	NO CONCILIAR
Jurídica Administrativa	28	MARIA FERNANDA GOMEZ SILVA	extrajudicial	NO CONCILIAR
Jurídica Administrativa	29	MARIA FERNANDA GOMEZ SILVA	extrajudicial	NO CONCILIAR
Jurídica Administrativa	30	MARIA FERNANDA GOMEZ SILVA	extrajudicial	CONCILIAR
Cartera	31	MICHELLE SUAREZ ROJAS	extrajudicial	CONCILIAR Y TRANSAR
GABYS	32	JORGE DAVILA LUNA	extrajudicial	CONCILIAR
Jurídica Administrativa	33	ONEYDA BOTELLO GOMEZ	extrajudicial	NO CONCILIAR

E.S.E. Hospital Universitario ERASMO MEOZ



E.S.E. Hospital Universitario ERASMO MEOZ

INFORME A CORTE VIGENCIA 2022.

- PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE REUNIONES O COMITÉS REALIZADOS.
NÚMERO: 10 ACTAS DE COMITÉS.

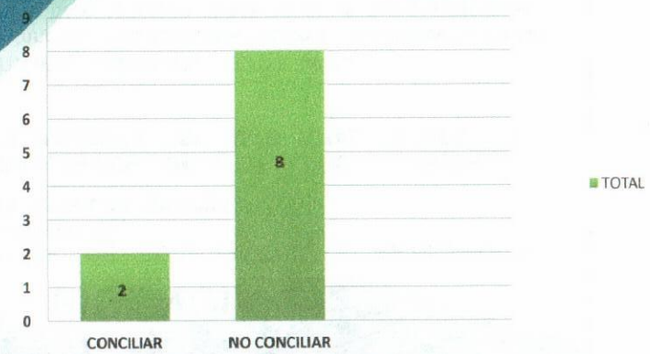
- PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE TRABAJO.
NÚMERO DE ACCIONES DEFINIDAS TOTAL: 10 ACTAS DE COMITÉ.

- PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE TAREAS.
El Comité de Conciliación es un comité atípico que se realiza o sesiona cada vez que se hace necesario el estudio de un determinado caso, por lo que las tareas y/o compromisos que en el se asignan tienen que ver con el cumplimiento de la directriz dada por el Comité sobre **CONCILIAR O NO**, para lo cual siempre se expide una certificación por parte del secretario técnico.

E.S.E. Hospital Universitario ERASMO MEOZ

OFICINA	No. DE ACTA	PONENTE	TIPO DE FICHA	DECISIÓN
GABYS	1	JORGE DAVILA LUNA	Extrajudicial	NO CONCILIAR
CARTERA	2	MICHELLE SUAREZ ROJAS	Extrajudicial	CONCILIAR y TRANSAR
Jurídica Administrativa	3	ONEYDA BOTELLO GOMEZ	Judicial	NO CONCILIAR
Jurídica Administrativa	4	ONEYDA BOTELLO GOMEZ	Judicial	NO CONCILIAR
Jurídica Administrativa	5	ONEYDA BOTELLO GOMEZ	Judicial	NO CONCILIAR
Jurídica Administrativa	6	ONEYDA BOTELLO GOMEZ	Judicial	NO CONCILIAR
GABYS	7	JORGE DAVILA LUNA	Extrajudicial	NO CONCILIAR
GABYS	8	JORGE DAVILA LUNA	Extrajudicial	NO CONCILIAR
Jurídica Administrativa	9	ONEYDA BOTELLO GOMEZ	Extrajudicial	NO CONCILIAR
Gestión Jurídica	10	ALEX ANDRES CARDENAS DAZA	Informe De Gestión	No aplica

E.S.E. Hospital Universitario ERASMO MEOZ



E.S.E. Hospital Universitario ERASMO MEOZ

AVANCES PLAN UNICO DE MEJORAMIENTO P.U.M

- ID. 1359-En concordancia con la actividad N° 07 del. procedimiento de acción y repetición no se soporta el informe respectivo a las autoridades competentes lo que ha generado el incumplimiento del decreto 1716 de 2009 y la resolución 605 de 2019 del comité de conciliaciones de la E.S.E- H.U.E.M- ACTIVIDAD CUMPLIDA 100 %.
- ID.1374-Identificacion de expedientes TRD incompletos, sin serie, documental, sub serie, código, fecha inicial. ACTIVIDAD CUMPLIDA 100 %.
- ID 1381- Se estableció un cronograma de actividades de desarrollo de cada uno de los ITEMS-MATRICEZ-FORMATOS, para determinar su modificación previa revisión y evaluación de cada área de la gestión jurídica-ACTIVIDAD EN DESARROLLO.

E.S.E. Hospital Universitario ERASMO MEOZ

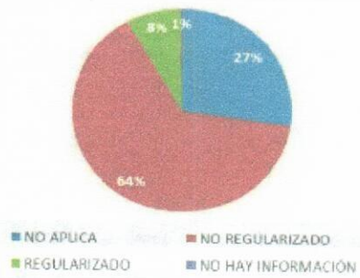
- I.D 1354- Realizar informe del IV Trimestre de 2021 presentado por el asesor jurídico- ACTIVIDAD CUMPLIDA 100%.
- I.D 1166- Diseñar y aprobar mediante acto administrativo la política de prevención por daño antijurídico acorde a los lineamientos de la función publica. ACTIVIDAD EN DESARROLLO.

ANEXO B Jurídica

E.S.E. Hospital Universitario ERASMO MEOZ

ACCIONES TUTELA POR NACIONALIDAD AÑO 2022

SITUACION MIGRATORIA	TOTAL
NO APLICA	244
NO REGULARIZADO	578
REGULARIZADO	74
NO HAY INFORMACION	3
TOTAL	899



OFICINA JURIDICA
ADMINISTRATIVA
ESE HUEM

E.S.E. Hospital Universitario ERASMO MEOZ

PROCESOS JUDICIALES DE LA ESE HUEM DEL 2022

PROCESOS JUDICIALES DE LA ESE HUEM	
JURIDICA ADMINISTRATIVA	312
JURIDICA LABORAL	33
CARTERA	257
TOTAL	602

OFICINA JURIDICA
ADMINISTRATIVA
ESE HUEM

E.S.E. Hospital Universitario ERASMO MEOZ®

PROCESOS JURIDICA ADMINISTRATIVA 2022

RELACION PROCESOS OFICINA JURIDICA ADMINISTRATIVA

ITEM	TIPO DE PROCESO	CANTIDAD
1	REPARACIONES DIRECTAS	285
2	CONTRACTUALES	3
3	ORDINARIAS CIVILES	3
4	EJECUTIVO	2
5	NULIDADES Y RESTABLECIMIENTOS DEL DERECHO	3
6	ACCIONES DE REPETICION	12
7	ACCION POPULAR	1
8	ORDINARIA LABORAL	1
9	EJECUTIVA CONTRACTUAL	1
10	NULIDAD	1
	TOTAL PROCESOS	**312**

OFICINA JURIDICA
ADMINISTRATIVA
ESE HUEM

E.S.E. Hospital Universitario ERASMO MEOZ®

RELACION DE SENTENCIAS DE PRIMERA Y SEGUNDA INSTANCIA VIGENCIA 2022

SENTENCIAS DE ACCION DE REPETICION		SENTENCIAS DE PRIMERA INSTANCIA	
PRIMERA INSTANCIA	SEGUNDA INSTANCIA	ABSOLUTORIOS	CONDENATORIOS
0	1	1	0

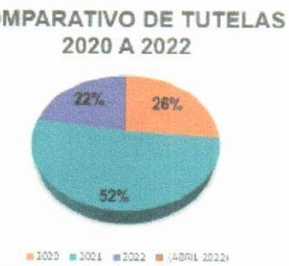
OFICINA JURIDICA
ADMINISTRATIVA
ESE HUEM

ANEXO B Jurídica

E.S.E. Hospital Universitario ERASMO MEOZ®

CUADRO COMPARATIVO ACCIONES DE TUTELA 2020 A 2022

RELACION TUTELAS	
AÑO	TOTAL
2020	1053
2021	2053
2022 (ABRIL-2022)	899



OFICINA JURÍDICA
E.S.E. HOSPITAL ERASMO MEOZ

E.S.E. Hospital Universitario ERASMO MEOZ®

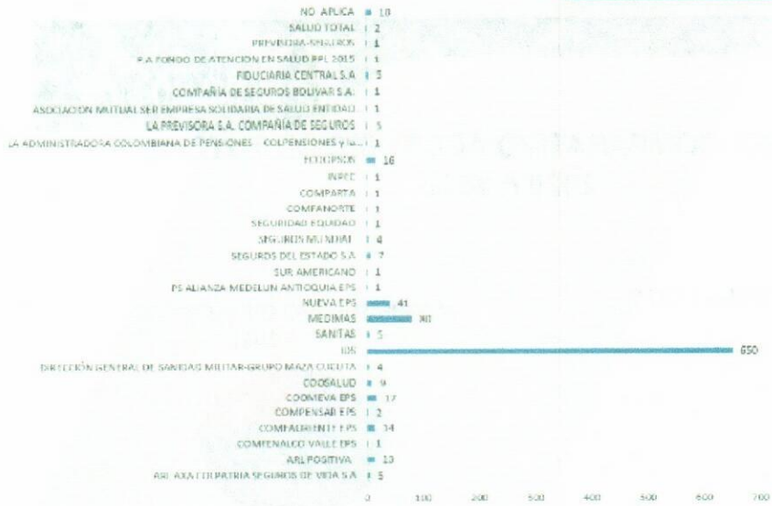
ACCION DE TUTELAS POR MES AÑO 2022

MES	CANTIDAD
ENERO	165
FEBRERO	219
MARZO	291
ABRIL	224
TOTAL	**899**

OFICINA JURÍDICA
E.S.E. HOSPITAL ERASMO MEOZ

E.S.E. Hospital Universitario ERASMO MEOZ®

EPS-TUTELAS AÑO 2022



OFICINA JURIDICA ADMINISTRATIVA ESE HEM

E.S.E. Hospital Universitario ERASMO MEOZ®

FALLO DE TUTELA AÑO 2022

FALLOS	TOTAL
CESACION DE LA CONDUCTA	7
DESVINCULAR	13
EXCLUYE	293
EXHORTA	1
EXONERA	1
HECHO CONSUMADO	10
HECHO SUPERADO	108
IMPROCEDENTE	31
NIEGA	60
CONDENA	9
DESESTIMIENTO	2
CARENCIA DEL OBJETO	2
NO CONCEDER DERECHOS	5
NULIDAD	1
TOTAL	**543**

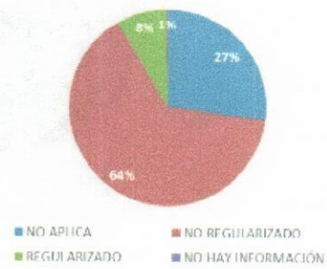
OFICINA JURIDICA ADMINISTRATIVA ESE HEM

ANEXO B Jurídica

E.S.E. Hospital Universitario ERASMO MEOZ®

ACCIONES TUTELA POR NACIONALIDAD AÑO 2022

SITUACION MIGRATORIA	TOTAL
NO APLICA	244
NO REGULARIZADO	578
REGULARIZADO	74
NO HAY INFORMACION	3
TOTAL	899



OFICINA JURÍDICA

E.S.E. Hospital Universitario ERASMO MEOZ®

ANALIS DEL COMITÉ MEDICO AÑO 2022

PACIENTE VIVO O MUERTO	
CASOS	TOTAL
NUMERO DE CASOS DEL COMITÉ MEDICO	5
PACIENTES VIVOS	3
PACIENTES MUERTOS ADULTO	1
PACIENTES MUERTOS MENOR DE EDAD	1

POR SERVICIOS	
SERVICIO INVOLUCRADO	TOTAL
URGENCIA ADULTO	3
URGENCIA PEDIATRICA	1
QUIROFANO	2
TRAMITE DE REFERENCIA	1

POR EPS	
MEDIMAS EPS	4
INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	1

OFICINA JURÍDICA

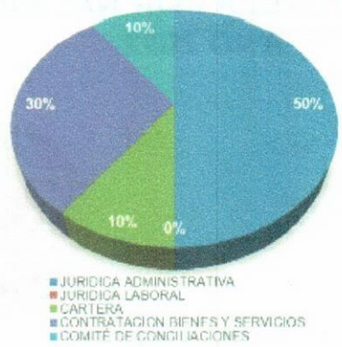
ANEXO B Jurídica

E.S.E. Hospital Universitario ERASMO MEOZ®

ANALISIS ACTAS COMITÉ CONCILIACION AÑO 2022

AREA JURIDICA	CANTIDAD
JURIDICA ADMINISTRATIVA	5
JURIDICA LABORAL	0
CARTERA	1
CONTRATACION BIENES Y SERVICIOS	3
COMITÉ DE CONCILIACIONES	1
TOTAL	10

ACTIVIDAD DEL COMITE DE CONCILIACIONES Y DEFENSA JUDICIA DE LA ESE HUEM POR AREAS



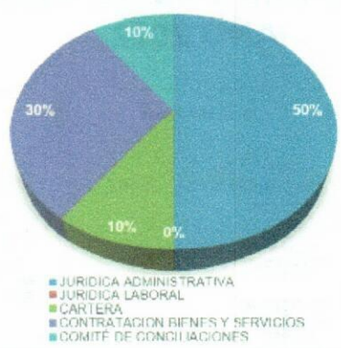
OFICINA JURIDICA ADMINISTRATIVA E.S.E. HUEM

E.S.E. Hospital Universitario ERASMO MEOZ®

ANALISIS ACTAS COMITÉ CONCILIACION AÑO 2022

AREA JURIDICA	CANTIDAD
JURIDICA ADMINISTRATIVA	5
JURIDICA LABORAL	0
CARTERA	1
CONTRATACION BIENES Y SERVICIOS	3
COMITÉ DE CONCILIACIONES	1
TOTAL	10

ACTIVIDAD DEL COMITE DE CONCILIACIONES Y DEFENSA JUDICIA DE LA ESE HUEM POR AREAS



OFICINA JURIDICA ADMINISTRATIVA E.S.E. HUEM